
Pieczęć wpływu jednostki przyjmującej zgłoszenie

Pieczęć wpływu jednostki PZU SA obsługującej ubezpieczenie

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

I Dane o ubezpieczeniu

Nazwa ubezpieczenia

Nr dokumentu (np. wniosko-polisy, polisy, pożyczki,)

II Dane dotyczące ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Pesel

____ - ____ - ____
Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres korespondencyjny: ____ - ____
Kod pocztowy Poczta

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj Polska inny: _____
Prosimy wpisać nazwę kraju

Kraj stałego zamieszkania _____

III Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie (prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)

Nazwisko

Imię

Pesel

____ - ____ - ____
Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Nazwa¹

REGON¹

Adres korespondencyjny: ____ - ____
Kod pocztowy Poczta

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj Polska inny: _____
Prosimy wpisać nazwę kraju

Kraj stałego zamieszkania _____

IV Przedmiot wniosku i informacje o zdarzeniu

zgon trwały uszczerk na zdrowiu hospitalizacja utrata pracy inny _____
Wpisać rodzaj zdarzenia

Przyczyna zdarzenia:

wypadek _____
Prosimy wpisać jaki, np.: komunikacyjny, lotniczy, w pracy

____ - ____ - ____ : ____
Data wypadku Godzina wypadku

Miejsce wypadku

rodzaj zatrudnienia _____
Prosimy wpisać jaki (umowa o pracę/kontrakt/działalność gospodarcza)

inna przyczyna _____
Prosimy podać przyczynę zdarzenia

____ - ____ - ____
Data zdarzenia

Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie, należy podać nazwę i adres policji lub prokuratury

i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

[Źródło pochodzenia danych]

Jeżeli jest Pani/Pan świadkiem lub sprawcą zdarzenia ubezpieczeniowego, Pani/Pana dane zostały przekazane administratorowi przez osobę występującą z roszczeniem.

Jeżeli jest Pani/Pan pełnomocnikiem osoby, której dane przetwarza PZU SA, ciąży na Pani/Panu obowiązek przekazania niniejszej Informacji Administratora danych osobowych także tej osobie, która udzieliła Pani/Panu pełnomocnictwa.

VIII Oświadczenie zgłaszającego roszczenie

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przekazanych przeze mnie PZU SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.
 2. Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.
 3. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielenia PZU SA informacji, w tym do przekazania do PZU SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia .
 4. Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez PZU SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU SA.
 5. Jeżeli warunki umowy przewidują badanie lekarskie, a dokumentacja przedłożona do szkody/sprawy będzie wystarczająca, wyrażam zgodę na rozpatrzenie zgłoszenia bez przeprowadzenia badania lekarskiego.
Tak Nie
 6. Zgodnie z art. 29 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 11 września 2015 r. (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.) wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody/przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.
Tak Nie
 7. Sposób rozpatrywania skarg i zażaleń przez PZU SA określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
 8. Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą.
- Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU SA zgłaszanego roszczenia o szkodę/świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia.

* zaznaczyć właściwe

Miejscowość

 - -

Data

Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

IX Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia przez Bank/PZU SA²

Rodzaj dokumentu tożsamości zgłaszającego roszczenie

DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu, PJ – prawo jazdy (emisji od 01.07.1999 r.)

Seria i numer

 - -

Wydany dnia

Pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej przez Bank/Agent/PZU SA

Wydany przez

¹ Prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

² Wypełnia PZU SA lub Bank, w zależności od tego, gdzie zostało złożone zgłoszenie.